

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

---

Année 1925

THÈSE

131

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

**Lucien DORY**

Né le 1<sup>er</sup> mars 1900 à Montluçon (Allier)

---

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU

ET

APPAREIL DIGESTIF

---

*Président : M. ACHARD, Professeur*

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

---

1925

161

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

Année 1925

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

**Lucien DORY**

Né le 1<sup>er</sup> mars 1900 à Montluçon (Allier)

---

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU

ET

APPAREIL DIGESTIF

---

*Président : M. ACHARD, Professeur*

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

---

1925

# I. — PROFESSEURS

MM.

|                                                                |                |
|----------------------------------------------------------------|----------------|
| Anatomie . . . . .                                             | NICOLAS.       |
| Anatomie médico chirurgicale . . . . .                         | CUNÉO.         |
| Physiologie . . . . .                                          | Ch. RICHET.    |
| Physique médicale . . . . .                                    | André BROCA.   |
| Chimie organique et chimie générale . . . . .                  | DESGREZ.       |
| Bactériologie . . . . .                                        | BEZANÇON.      |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale. . . . .          | BRUMPT.        |
| Pathologie et thérapeutique générales . . . . .                | Marcel LABBÉ   |
| Pathologie médicale . . . . .                                  | SICARD.        |
| Pathologie chirurgicale . . . . .                              | LECENE.        |
| Anatomie pathologique . . . . .                                | LETULLE.       |
| Histologie . . . . .                                           | PRENANT.       |
| Pharmacologie et matière médicale . . . . .                    | RICHAUD.       |
| Thérapeutique. . . . .                                         | CARNOT.        |
| Hygiène. . . . .                                               | Léon BERNARD.  |
| Médecine légale . . . . .                                      | BALTHAZARD.    |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie . . . . .           | MENETRIER.     |
| Pathologie expérimentale et comparée . . . . .                 | ROGER.         |
| Clinique médicale. . . . .                                     | GILBERT.       |
|                                                                | CHAUFFARD.     |
|                                                                | ACHARD.        |
|                                                                | WIDAL.         |
| Hygiène et clinique de la première enfance. . . . .            | MARFAN.        |
| Clinique des maladies des enfants . . . . .                    | NOBECOURT.     |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale. | H. CLAUDE.     |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques . . . . .      | JEANSELME.     |
| Clinique des maladies du système nerveux. . . . .              | GUILLAIN.      |
| Clinique des maladies infectieuses . . . . .                   | TESSIER.       |
|                                                                | DELBET.        |
| Clinique chirurgicale. . . . .                                 | HARTMANN.      |
|                                                                | LEJARS.        |
|                                                                | GOSSET.        |
| Clinique ophtalmologique . . . . .                             | de LAPERSONNE. |
| Clinique urologique . . . . .                                  | LEGUEU.        |
|                                                                | COUVELAIRE.    |
| Clinique d'accouchements . . . . .                             | BRINDEAU.      |
|                                                                | JEANNIN.       |
| Clinique gynécologique . . . . .                               | J.-L. FAURE.   |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie. . . . .         | BROCA Auguste. |
| Clinique thérapeutique médicale . . . . .                      | VAQUEZ.        |
| Clinique oto rhino laryngologique . . . . .                    | SEBILEAU.      |
| Clinique thérapeutique chirurgicale. . . . .                   | DUVAL.         |
| Clinique propédeutique. . . . .                                | SERGENT.       |



## II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

### MM.

|                    |                                    |
|--------------------|------------------------------------|
| ABRAMI . . .       | Pathologie médicale.               |
| ALGLAVE . . .      | Pathologie chirurgicale.           |
| AUBERTIN . . .     | Pathologie médicale.               |
| BASSET . . .       | Pathologie chirurgicale.           |
| BAUDOUIN . . .     | Pathologie médicale.               |
| BINET . . .        | Physiologie.                       |
| BLANCHETIÈRE . . . | Chimie biologique.                 |
| BRANCA . . .       | Histologie.                        |
| BRULÉ . . .        | Pathologie médicale.               |
| BUSQUET . . .      | Pharmacologie et matière médicale. |
| CADENAT . . .      | Pathologie chirurgicale.           |
| CHAMPY . . .       | Histologie.                        |
| CHIRAY . . .       | } Pathologie médicale.             |
| CLERC . . .        |                                    |
| DEBRÉ . . .        | Hygiène.                           |
| I. de JONG . . .   | Anatomie pathologique.             |
| DUVOIR . . .       | Médecine légale.                   |
| ECALLE . . .       | Obstétrique.                       |
| FIESSINGER . . .   | } Pathologie médicale.             |
| FOIX . . .         |                                    |
| GARNIER . . .      | Pathologie expérimentale.          |
| HARVIER . . .      | Pathologie médicale.               |
| HEITZ-BOYER . . .  | Urologie.                          |
| HOVELACQUE . . .   | Anatomie.                          |
| JOYEUX . . .       | Parasitologie.                     |

### MM

|                    |                                    |
|--------------------|------------------------------------|
| LABBÉ(Henri). . .  | Chimie biologique.                 |
| LARDENNOIS . . .   | Pathologie chirurgicale.           |
| LE LORIER . . .    | Obstétrique.                       |
| LEMAITRE . . .     | Oto rhino-laryngologie             |
| LEMIERRE . . .     | Pathologie médicale.               |
| LEVY-SOLAL . . .   | Obstétrique.                       |
| LHERMITTE . . .    | Pathologie mentale.                |
| LIAN . . .         | Pathologie médicale.               |
| MATHIEU . . .      | Pathologie chirurgicale.           |
| METZGER . . .      | Obstétrique.                       |
| MOCQUOT . . .      | } Pathologie chirurgicale.         |
| MONDOR . . .       |                                    |
| MOURE . . .        | } Pathologie chirurgicale.         |
| MULON . . .        |                                    |
| PHILIBERT . . .    | Histologie.                        |
| RIBIERRE . . .     | Bactériologie.                     |
| RIBIERRE . . .     | Pathologie médicale.               |
| RICHTER Fils . . . | Physiologie.                       |
| ROUVIERE . . .     | Anatomie.                          |
| STROHL . . .       | Physique médicale.                 |
| TANON . . .        | Pathologie médicale.               |
| TIFFENEAU . . .    | Pharmacologie et matière médicale. |
| VAUDESCAL . . .    | Obstétrique.                       |
| VERNE . . .        | Histologie.                        |
| VILLARET . . .     | Pathologie médicale.               |
| WELTER . . .       | Ophtalmologie.                     |

## III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

### MM.

|                |                      |
|----------------|----------------------|
| CAMUS . . .    | Physiologie.         |
| GOUGEROT . . . | Pathologie médicale. |
| GUÉNIOT . . .  | Obstétrique.         |

### MM.

|                 |                       |
|-----------------|-----------------------|
| RETTERRER . . . | Histologie.           |
| ROUSSY . . .    | Anatomie pathologique |

## IV — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

| MM.                   |                              | MM.           |                                  |
|-----------------------|------------------------------|---------------|----------------------------------|
| AUVRAY . . .          | } Clinique chirurgicale.     | OMBRÉDANNE    | Clinique chirurgicale infantile. |
| CHEVASSU . .          |                              | PROUST . . .  | Clinique chirurgicale.           |
| LAIGNEL-LAVASTINE . . | Clinique médicale.           | RATHERY . . . | Clinique médicale.               |
| LEREBoullet . . .     | Clinique médicale infantile. | SCHWARTZ . .  | Clinique chirurgicale.           |
| LÉRI . . . . .        | } Clinique médicale.         | TERRIEN . . . | Clinique ophtalmologique.        |
| LÉPER . . . .         |                              |               |                                  |

## V. — CHARGÉS DE COURS

|                                 |                                                                                                                                          |
|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MM. MAUCLAIRE, agrégé . . . . . | } Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes. |
| FREY . . . . .                  |                                                                                                                                          |
| N... . . . .                    | Stomatologie.                                                                                                                            |
| LEDOUX-LEBARD . . . . .         | Education physique.                                                                                                                      |
|                                 | Radiologie clinique.                                                                                                                     |

---

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A LA MÉMOIRE PIEUSEMENT CONSERVÉE  
DE MA MÈRE

A MES GRAND-MÈRES

A MON PÈRE

*Qui a encouragé mes débuts dans la  
carrière médicale et soutenu mes  
efforts,  
En témoignage de ma respectueuse  
affection et de ma reconnaissance.*

A MA FEMME

*Qui, par ses qualités de cœur et d'in-  
telligence, m'a été d'un précieux  
soutien durant mes dernières an-  
nées d'études,  
En gage de ma profonde affection.*

A MA FILLE FRANÇOISE

A MES BEAUX-PARENTS  
LE DOCTEUR ET MADAME ZENTLER

A MON FRÈRE

Etudiant en Pharmacie

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR ACHARD

Professeur de Clinique Médicale  
Membre de l'Académie de Médecine  
Officier de la Légion d'Honneur

*En témoignage de reconnaissance  
pour le grand honneur qu'il  
nous fait de présider cette thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR GRENET

Médecin de l'Hôpital Laënnec  
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu nous fournir  
les éléments nécessaires à cette  
thèse, en gage de dévouement et  
de reconnaissance.*

A MES MAÎTRES,  
MÉDECINS ET CHIRURGIENS DES HÔPITAUX  
DE CLERMONT-FERRAND ET DE PARIS

## AVANT-PROPOS

---

Il semble que l'on ait tout dit à propos du rhumatisme articulaire aigu, depuis qu'ont été fixées les manifestations qui en font une maladie infectieuse autonome et spécifique. Pourtant, si l'observation clinique n'a guère de progrès à réaliser à son sujet, que dire des recherches étiologiques et pathogéniques ?

Nous savons tout du rhumatisme — sauf ce qu'il est exactement.

Or, quand on cherche l'agent causal et la voie d'arrivée de ce germe responsable, on voit les recherches actuelles s'orienter vers le rhino-pharynx et la cavité buccale. Amygdales et dents ont paru, surtout aux américains, le lieu où s'élabore, se multiplie et s'introduit le virus rhumastismal. Voilà qui expliquerait l'angine spécifique marquant le début du rhumatisme aigu.

Mais on n'a jamais cherché la porte d'entrée de ce virus dans les voies digestives, ou si on l'a fait, autrefois, c'était pour ruiner l'hypothèse du rhumatisme, maladie infectieuse spécifique. Cela tient sans doute à ce qu'il est de notion classique *qu'il n'y a pas de troubles digestifs dans le rhumatisme articulaire aigu*. C'est là ce qu'on trouve écrit dans nos traités médicaux actuels, et la lit-

térature médicale ne contient qu'un fort petit nombre d'exemples montrant la réalité des troubles digestifs au cours du rhumatisme articulaire aigu.

Nous avons pu observer à l'hôpital Laënnec, dans le service du Dr Grenet, des cas de rhumatisme aigu où les troubles digestifs étaient manifestes.

Il y a plus : dans un très grand nombre de rhumatismes aigus, on retrouverait des signes digestifs, légers sans doute mais indiscutables, si l'on s'astreignait à les rechercher systématiquement.

Ces faits avaient déjà attiré l'attention du Dr Grenet, qui a bien voulu nous fournir les éléments nécessaires à la synthèse de ce modeste travail.

Sans doute ces signes digestifs ne sont-ils pas des signes de premier plan : tout s'efface devant l'atteinte poly-articulaire et la fréquence des complications cardiaques. Les autres symptômes ne sont plus que la monnaie de ces symptômes majeurs.

Toutefois, en nous attachant à l'étude des troubles digestifs dans le rhumatisme articulaire aigu, nous pensons faire œuvre utile de deux façons :

— en montrant d'abord que ces troubles digestifs ne sont pas absents dans tous les cas, comme le veut l'opinion classique ;

— en orientant peut-être ensuite les recherches pathogéniques vers le tube digestif.

Ce sera là le seul intérêt de cette contribution à l'étude du rhumatisme. Des travaux récents viennent d'insister sur les poussées évolutives rhumatismales, sur la fréquence des « cardites rhumatismales évolutives »

toutes constatations qui renforcent, s'il est possible, l'hypothèse du rhumatisme, maladie infectieuse à manifestations évolutives. La comparaison s'affirme et se complète avec le paludisme, la tuberculose, la syphilis.

Mais il serait bien étonnant que le tube digestif ne participât en aucune façon à ce syndrome infectieux. La réalité de l'atteinte digestive démontrée, c'est un argument de plus apporté à la théorie infectieuse. La fréquence de cette atteinte digestive inciterait à faire jouer un rôle au tractus digestif dans la pathogénie du rhumatisme.

Malheureusement, cette fréquence ne peut être encore assez précisée.

Il faudrait des statistiques portant sur un bien plus grand nombre de cas pour étayer solidement ces faits.

Enfin, il faut faire le départ entre des troubles digestifs très peu marqués — qui nous ont paru très fréquents — et d'autres signes plus accusés, qui sont bien plus rares.

*Aussi bien*, diviserons-nous cette étude en plusieurs chapitres distincts :

*En premier lieu*, nous ferons très brièvement l'histoire de la recherche des troubles digestifs dans la maladie rhumatismale aiguë.

*Nous étudierons ensuite* : les troubles digestifs d'ordre banal, à notre sens, c'est là chose commune.

*Nous en viendrons* à des troubles digestifs plus graves, réalisant de véritables complications : ils sont exceptionnels.

*Une place sera faite* à des troubles digestifs qui, joints

à des signes généraux intenses, peuvent caractériser des formes anormales du rhumatisme articulaire aigu. Ce sont des formes rares, mais qui prêtent aux erreurs de diagnostic, d'où la nécessité de les signaler.

*Il faudra rappeler*, pour être complet, que la médication salicylée est très souvent responsable de désordres digestifs. Il va sans dire que ce sera l'occasion de montrer qu'on n'a pas attribué au rhumatisme ce qui, dans la symptomatologie digestive, revient au salicylate.

Lorsque nous aurons indiqué l'intérêt pathogénique de ces accidents digestifs, nous en aurons terminé avec la revue du tube digestif dans le rhumatisme articulaire aigu, dont l'atteinte semblait jusqu'ici une rarissime exception.

---

## HISTORIQUE

---

Si l'on ouvre l'un des plus récents parmi nos traités médicaux classiques, on lit au chapitre du rhumatisme articulaire aigu : « au milieu de cet appareil symptomatique douloureux et pénible, les voies digestives restent normales » (1).

On ne pourrait que relever à nouveau cette intégrité du tube digestif dans le rhumatisme aigu au long des traités et des études actuelles relatives au rhumatisme. Il semble donc que ce soit un dogme admis une fois pour toutes, et sur lequel il n'y ait plus à revenir.

A lire cependant ce qui a été autrefois écrit au sujet du rhumatisme, on s'étonne d'apprendre que les troubles digestifs ont été rencontrés fréquemment.

Les anciens auteurs les connaissaient fort bien, mais des anciens jusqu'à nous, on peut suivre, en même temps que la dissociation du rhumatisme aigu vrai du chaos des rhumatismes, l'étude de divers troubles digestifs, connus et mis en valeur par des auteurs successifs.

*Aux anciens* : les objections ne manquent pas. Pour

---

(1) BARBIER. — *Traité Roger, Vidal, Teissier*. T. II, p. 690.

eux, tout est rhumatisme. Tels désordres intestinaux par eux décrits relèvent-ils bien du rhumatisme articulaire aigu ? Nous le verrons chemin faisant. Nous n'avons retenu que les cas indiscutables ; et il reste qu'ils ont fort bien décrit des signes, retrouvés par d'autres après eux, et que nous avons également pu nous-mêmes observer.

*Les auteurs plus récents* qui ont étudié la question apportent des observations non douteuses. Or, nous verrons que certains avaient l'air d'admettre comme reconnue par tous l'existence de ces troubles digestifs, alors que les classiques de l'époque n'en parlent pas.

*Depuis 30 à 40 ans enfin* : il n'est plus question de ces manifestations digestives.

## 1. — Les anciens auteurs

Les anciens auteurs ne tarissent pas en descriptions de signes digestifs mis au compte du rhumatisme. C'est ici le lieu de rappeler, une fois pour toutes, qu'il ne sera tenu aucun compte de toutes ces affections qu'ils baptisaient de « rhumatismales », ignorants qu'ils étaient de leur nature réelle : péritonite rhumatismale par exemple, ou bien dysenterie rhumatismale, qu'on a vu depuis lors disparaître de la nosologie.

Il n'empêche qu'ils relatent des cas dont on peut faire la preuve rhumatismale aiguë : *et presque tous ces cas comportent des symptômes digestifs.*

Le premier qui distingua nettement le rhumatisme

aigu de la goutte est *Baillou* (1560-1616) au chapitre « de rhumatismo », il traite incidemment des complications digestives ; elles sont pour lui plutôt un mode de terminaison qu'une manière d'être de la maladie.

En effet, le pronostic lui paraît plus favorable, lorsque la diarrhée succède aux autres signes, cette diarrhée met brusquement fin aux gonflements des articulations : « hydropem solvit », « elle dissipe les humeurs ». *Baillou* remarque la nature séreuse de cette diarrhée et il va jusqu'à en donner une explication : « Quand les humeurs se transportent vers les parties inférieures du tube digestif, elles déterminent par la voie des veines mésentériques une diarrhée séreuse quelquefois critique ».

*Bœrhaave* s'intéressa particulièrement au rhumatisme, pour avoir été pendant de longs mois cloué au lit par cette affection. Il apprit à la bien connaître dans *Sydenham* ; mais si celui-ci ne parlait pas des signes digestifs, *Bœrhaave* les connaissait : il leur assigne une place parmi les innombrables formes qu'il rapporte, auxquelles nous n'avons, à dire vrai, ajouté que peu de formes nouvelles.

C'est dans *Huxham*, en 1730, que l'on trouve la 1<sup>re</sup> étude un peu détaillée de cette localisation digestive. Dans son traité *De æve et morbis epidemicis* il résume l'histoire clinique de faits par lui observés : Des douleurs d'estomac avec vomissements surviennent inopinément ; ce sont ensuite des coliques et une diarrhée séreuse. Tous ces troubles digestifs se calment, et alors apparaissent des douleurs dans diverses articulations,

et même dans les muscles, en même temps que la fièvre s'allume. Enfin de grandes sueurs se produisent, qui annoncent la défervescence, la guérison.

Il nous faut admirer le sens clinique de ce médecin, quand il veut marquer le rapport qui unit ces arthropathies et ces troubles digestifs. Il prend soin de nous montrer les fréquentes alternatives de ces douleurs abdominales avec les symptômes articulaires..... « morbo, nunc ad artus, nunc in intestina translato ». Cette alternance juge la cause commune. Enfin, Huxham a noté également la jaunisse un certain nombre de fois.

*Stoll* est cité, aux sources classiques, comme celui qui a le plus trouvé de symptômes digestifs dans le rhumatisme articulaire aigu. C'est qu'il est le premier qui ait consacré une étude d'ensemble aux manifestations extra-articulaires du rhumatisme. Cependant, ses idées ne firent pas fortune. Il a eu le tort de tirer des conclusions exagérées de ses observations cliniques. Il n'en reste pas moins que ses observations cliniques étaient remarquables. Et quelles objections pourrions-nous élever, lorsque nous voyons rapportés dans sa *Médecine pratique*, des faits de gastralgie, d'entéralgie, de diarrhée séreuse au cours du rhumatisme, s'il prend lui aussi la peine de démontrer le rapport de l'atteinte digestive au rhumatisme ? Voici les arguments qu'il donne :

1° « On a vu, la dysenterie survenant, les rhumatismes disparaître subitement » ;

2° « Quelquefois un même individu était atteint en même temps et d'un rhumatisme et de la dysenterie » ;

3° « Le même traitement convenait aux deux maladies » ;

4° « La dysenterie se jugeait et se terminait fréquemment par des sueurs ou par des efflorescences miliaires et c'est ce que l'on observait souvent aussi à l'égard du rhumatisme ».

Pour Stoll, il y a donc une véritable dysenterie capable de compliquer un rhumatisme aigu, mais il a vu également l'*entérite simple*, c'est un « flux intestinal ». L'abondance de cette diarrhée séreuse sera notée par d'autres plus tard.

## 2). — Au début du XIX<sup>e</sup> siècle

Après Stall, il est curieux de voir que l'oubli s'est fait presque entier sur le rhumatisme viscéral : on n'en connaît plus que les désordres articulaires. Il faudra attendre Bouillaud d'abord, Lasègue ensuite, pour voir s'affirmer la fréquence de l'atteinte viscérale.

Il ne manque pas d'intérêt de relever, durant cette période d'oubli des rhumatismes viscéraux, des observations de rhumatisme avec troubles digestifs.

*Chomel* dans son *Essai sur le rhumatisme* dit avoir vu des malades ayant de la diarrhée et du météorisme abdominal.

*Villeneuve* en 1820 rapporte l'opinion de Broussais, qui connaît dans le rhumatisme aigu une gastro-entérite, sous forme de coliques violentes, et d'évacuations considérables, alternant avec les douleurs des grandes articulations et des membres.

On arrive à *Bouillaud* : il ne conteste pas les accidents gastro-intestinaux, mais il les croit rares.

Une histoire d'ensemble de l'entérite rhumatismale est ensuite résumée par Grifoulhière en 1841, et dès ce moment on ne parlera plus des troubles digestifs du rhumatisme articulaire.

C'est ainsi que Lasèque, qui a tout dit sur le rhumatisme, ne parle qu'incidemment de l'appareil digestif, et sans y attacher d'autre importance.

Seuls deux cliniciens, mais non des moindres, reparleront comme d'une chose commune de la diarrhée au début du rhumatisme : c'est Trousseau dans ses cliniques, c'est Peter dans ses leçons de l'hôpital St-Antoine.

### 3. — Les études récentes

Enfin, alors qu'on ne voit plus signalés par aucun observateur ces troubles digestifs, une thèse de Paris est consacrée en 1880 par Lambin à un *Essai sur le rhumatisme aigu des voies digestives*.

Il y a là un excellent résumé des recherches antérieures, à propos d'un cas observé dans le service de Raynaud, à la Charité. L'auteur constate le peu d'attention accordée à ces accidents digestifs. Il en voit la cause « dans leur rareté et dans leur bénignité relatives ».

Ses observations sont irréprochables : le rhumatisme articulaire aigu était en 1880 nettement individualisé. Le traitement par le salicylate de soude fut appliqué,

et la guérison des troubles digestifs en même temps que des accidents articulaires par le salicylate est une véritable épreuve thérapeutique.

Voici quelles étaient les conclusions de Lambin :

1° Le rhumatisme articulaire aigu peut se localiser sur toutes les parties constitutives du tube digestif, mais son siège de prédilection est l'intestin.

2° Le rhumatisme de l'intestin peut se traduire de plusieurs façons :

coliques ;

coliques et diarrhée : c'est l'entérite rhumatismale ;

diarrhée seule ;

entérite dysentérique.

3° Il peut précéder ou suivre les autres manifestations rhumatismales. Il peut aussi alterner avec elles.

4° La guérison est la règle.

Un chapitre est également consacré aux signes et complications digestifs de rhumatisme par Homolle, dans le *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, en 1882. Accidents portant sur l'œsophage, l'estomac, l'intestin surtout, y sont tour à tour envisagés. La diarrhée est considérée comme un signe assez fréquent, et l'auteur rapporte à ce sujet l'avis de Besnier, qui conseillait, en pareil cas, d'examiner avec soin le foie et la rate.

A lire ces auteurs, on peut croire que les manifestations digestives étaient connues et admises par tous. En réalité, on ne les voit nulle part ailleurs décrites. Au contraire, tous les auteurs répètent, à quelques va-

riantes près, la même phrase : « L'appétit est simplement diminué ; il n'y a aucun trouble digestif, à part la constipation légère au stade d'état du rhumatisme ».

On peut dire qu'en pratique on ne pense même pas, en présence d'un rhumatisme en poussée aiguë, à s'enquérir de l'état de ses voies digestives, non plus qu'à en rechercher l'atteinte. Ce n'est que pendant la guerre que M. Grenet a de nouveau attiré l'attention sur ces faits, en constatant des troubles gastro-intestinaux, et tout particulièrement la diarrhée. Des statistiques relevées à ce moment-là dans des services de rhumatisants aigus lui ont permis d'en constater la fréquence à la fois et la spécificité.

Il ressort de ces constatations historiques que la symptomatologie digestive du rhumatisme articulaire aigu — le rhumatisme digestif, comme on disait jadis, a passé par 2 phases :

1<sup>o</sup> Une phase où elle était très connue, trop connue même ; elle englobait de nombreux faits sans rapport aucun avec le rhumatisme articulaire aigu.

2<sup>o</sup> Une phase récente, où cette symptomatologie digestive est tombée dans l'oubli.

De temps à autre, un observateur constate cependant que ces troubles existent. Nous ne voulons être qu'un de ceux-là, trop heureux si des statistiques nouvelles viennent donner un regain d'actualité à la question.

---

## CHAPITRE I

---

### **TROUBLES DIGESTIFS LÉGERS AU COURS DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU**

---

Des troubles digestifs légers sont fréquents au cours du rhumatisme articulaire aigu. Ils sont de valeur diverse. Les anciens auteurs, et avec eux Lambin dans sa thèse, classaient ces troubles suivant la partie du tube digestif qui leur donnait naissance. C'est là chose fort arbitraire.

Nous ne nous placerons qu'au point de vue clinique, et sans préjuger pour les classer de l'atteinte de telle ou telle partie des voies digestives intervenant dans la genèse de ces troubles, nous étudierons :

- 1° La diarrhée pré-arthropathique : accident le plus fréquent et le plus important ;
- 2° La constipation de la période d'état ;
- 3° Les vomissements ;
- 4° Les douleurs œsophagiennes.

## 1. — La diarrhée pré-arthropathique

Nous avons vu que parmi les manifestations gastro-intestinales rapportées au rhumatisme articulaire aigu, de toutes la diarrhée est certes la plus fréquente. Ses caractères ont été étudiés et fixés par M. Grenet.

**Sa fréquence.** — Pour attribuer à un signe une valeur, il faut qu'il soit fréquemment retrouvé. Pour qu'un signe apparaisse comme spécial à une affection, il faut qu'il y soit presque constamment retrouvé.

Or, on lit dans un mémoire de H. Triboulet « qu'après avoir dépouillé les observations de son père, dans près de 200 observations dépouillées, il trouve, à propos de l'étiologie du rhumatisme articulaire aigu, *dans plus de la moitié des cas* : un gros intestin douloureux, des gaz et des selles fétides... » (1).

Grenet a montré que la *diarrhée* se retrouve dans un tiers des cas.

Cette proportion peut paraître assez faible. Or, l'angine initiale, dont personne ne doute qu'elle soit spécifique du rhumatisme, n'est pas plus souvent notée. Elle existe dans un tiers des cas également, comme il a été établi dans la thèse de De St-Germain.

Cette diarrhée fut observée pendant la guerre sur des soldats rhumatisants évacués du front, et il faut bien se demander si peut-être les conditions alimentaires défectueuses dans lesquelles ils se trouvaient

---

(1) TRIBOULET et GILBERT. — A propos du rhum. art. aigu (*Société Médicale des Hôpit. Paris*, 19 juillet 1907).

n'étaient pas des causes prédisposantes à ces troubles diarrhéiques. Ce serait presque poser la question de la pure coïncidence ou de la spécificité de cette diarrhée. Mais, depuis la guerre, cette diarrhée est apparue aussi fréquente. Sur 26 observations de rhumatisants que nous avons pu collationner, nous l'avons relevée 9 fois. On la trouverait même plus souvent si l'on acceptait tous les faits rencontrés dans le rhumatisme, mais nous ne gardons que les cas où cette diarrhée avait tous les caractères spécifiques de la diarrhée rhumatismale.

**Ses caractères.** — C'est qu'en effet elle a des caractères très spéciaux.

La *date d'apparition* est extrêmement importante. Elle est *pré-arthropathique*. C'est là sa marque propre. Comme l'angine, elle précède les arthropathies. Lambin, dans sa thèse, croit que la diarrhée peut ou précéder ou suivre l'arthropathie. Le dernier cas est l'exception. Homolle, de même, dit qu'elle se verra soit à la période prodromique, soit pendant la phase articulaire. Les anciens en faisaient même une manière de finir de la maladie : « *hydropem solvit* », elle dissipe les humeurs, écrivait Huxham.

Cependant, la diarrhée pré-arthropathique était la mieux connue et la plus fréquemment citée.

## OBSERVATIONS ANCIENNES TYPIQUES

I. — Obs. de LAMBIN (in *Thèse Paris*, 1880).

L'observation principale de Lambin est celle d'un cas de rhumatisme à poussées successives dont une poussée com-

mença par une diarrhée séreuse, abondante. Elle dura plus d'une semaine, après quoi seulement apparurent arthropathies et fièvre.

II. — Obs. de GRIFOULHIÈRE (*Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 1841).

Grifoulhière rapporte également un cas où coliques et diarrhée séreuse furent d'abord les seuls signes, pour n'être que secondairement suivis d'une atteinte poly-articulaire.

III. — Obs. de HOMOLLE (*Nouveau Dictionn. de médecine et chirurgie pratiques*, 1882).

Homolle a vu un malade présenter pendant assez longtemps une diarrhée abondante, après quoi les articulations furent prises. C'est pour lui l'occasion de se demander si cette diarrhée est « une cause prédisposante ou bien le premier signe du rhumatisme ».

IV. — Obs. de RIGAL (*Soc. Médic. d'observ. clinique de la ville*, Paris, 1868).

Il s'agit d'un jeune garçon de 14 ans dont la deuxième attaque de rhumatisme commença par des vomissements et de la diarrhée qui durèrent 2 jours. Lorsque cette diarrhée cessa, les articulations furent prises.

### OBSERVATIONS ACTUELLES

Dans la presque totalité des ces cas observés par M. Grenet, cette diarrhée est pré-arthropathique. Sur 28 cas de diarrhée, nous relevons 15 cas où elle a précédé les douleurs articulaires.

*Tantôt*, la diarrhée survient 3-6 jours, ou une semaine, avant les arthrites.

*Tantôt*, elle est plus éloignée encore : quinze jours.

**Son aspect, son intensité.** — C'est une diarrhée séreuse, liquide. Elle peut être assez abondante : la selle amène un véritable flux liquide. Cependant en général les selles ne se reproduisent pas très souvent : 5 à 6 fois par jour. Par ailleurs, il est à remarquer que cette diarrhée est assez peu douloureuse. Aussi ces malades n'en sont-ils pas autrement incommodés et continuent-ils à vaquer à leurs occupations.

D'autres fois cependant la diarrhée devient plus abondante, fatigante. En voici un cas :

#### OBSERVATION PERSONNELLE

Lec... sergent de ville, 41 ans. Lit n° 23, salle E. Dupré, hôpital Laënnec.

Ce malade a été admis le 30 août 1923 pour des douleurs rhumatismales aiguës. Il n'a pas eu d'angine, mais raconte spontanément que sa maladie a commencé par une *diarrhée* importante, continue, qui a duré huit jours, et l'a fatigué au point de l'empêcher de faire son service. Ce n'est qu'après ces 8 jours de diarrhée que sont apparues les arthropathies, prenant le genou gauche, le genou et le cou de pied droits. Ce rhumatisme devait d'ailleurs céder assez vite au salicylate, sans séquelles cardiaques.

Nous n'avons pas vu de diarrhées abondantes et douloureuses au point de simuler la dysenterie, comme en signalait Stoll.

*Quant à la durée* de cette diarrhée, nous voyons qu'elle ne dépasse pas quelques jours.

Dans les cas habituels, elle précède les arthropathies de 1 à 2 jours,

Dans les cas plus marqués, comme dans l'observation ci-dessus rapportée, elle a persisté une semaine et plus.

*Sa terminaison* est caractéristique. La diarrhée prend fin brusquement, et à ce moment même apparaissent les arthropathies.

Ce n'est que beaucoup plus rarement que :

— la diarrhée cesse 1 ou 2 jours avant l'arrivée des arthrites ;

— ou le jour même, voire le lendemain de l'arthropathie.

Ce qu'il faut bien mettre en valeur, c'est cette brusquerie dans la disparition, au moment précis où vont apparaître les signes articulaires. Les anciens insistaient tout particulièrement sur cette alternance et sur cette brusquerie. Baillou, nous l'avons vu, remarquait déjà que le gonflement disparaît subitement si la diarrhée survient. D'autres, comme Stoll, parlent de « métastases », transportant le « flux rhumatismal » de l'intestin aux articulations. Tous remarquent la sédation brusque des phénomènes digestifs lorsqu'ils sont remplacés par les grands signes articulaires. Il est donc intéressant de bien marquer cette alternance et cette brusquerie, quitte à n'en fournir une explication satisfaisante.

**Valeur de cette diarrhée.** — Cette diarrhée séreuse, par sa fréquence et ses signes particuliers, mérite donc une place importante dans les symptômes du début du rhumatisme articulaire aigu. « ...beaucoup d'auteurs ne

font même pas mention des accidents du côté de l'œsophage ni de l'estomac, et ne décrivent que l'entérite symptomatique, disait déjà Lambin en 1880... L'entérite du rhumatisme articulaire aigu a pris définitivement sa place ». Nous avons déjà dit combien semblait étonnante cette affirmation, étant donné que nulle part cette diarrhée ne trouvait alors de consécration officielle.

*Est-ce à dire qu'on ne l'aurait considérée que comme un fait banal, et non spécifique au rhumatisme ?* C'est fort probable. On a prétendu qu'il n'y aurait pas de diarrhée, si l'on veillait à la constipation habituelle chez le rhumatisant aigu. Faute de traiter cette constipation, on voyait arriver une brusque débâcle, par intoxication intestinale de rétention.

Ces arguments seraient impressionnants si la diarrhée survenait en période d'état. Sans compter que la diarrhée, à ce stade-là, pourrait être un accident du traitement salicylé. Or, nous n'avons en vue que la seule diarrhée pré-arthropatique. C'est dire que cette objection ne tient pas. Lambin le montrait déjà, qui disait : « ...mais combien de fois les phénomènes intestinaux ont précédé toute autre manifestation rhumatismale. Le fait qu'elle est pré-arthropathique est donc le meilleur argument en faveur de la spécificité rhumatismale de la diarrhée.

*Reste à établir sa cause.* — Peter donnait une explication imagée : «... cette diarrhée sur laquelle j'attire votre attention est très abondante. Elle n'est pas précé-

dée de coliques ni colorée par le sang, ni accompagnée d'épreintes. *C'est bien une vraie sueur intestinale* ».

Lambin rapporte les résultats d'une autopsie faite par Grifoulhière : la muqueuse digestive montrait de l'engorgement des glandes mucipares. Elle était boursouflée, ramollie, voire exulcérée. Dans cette atteinte des « glandes mucipares », il trouve la justification du mot de Peter : une « sueur de l'intestin ».

La comparaison est jolie, et fait image : diarrhée séreuse, sueurs profuses sont en effet assez caractéristiques. Mais, si nous ne pouvons fournir une explication valable, nous voulons du moins insister sur ce que la diarrhée est pré-arthropathique. Angine et diarrhée sont notées avant les arthrites. Le virus rhumatismal ne trouverait-il pas sa porte d'entrée dans le rhinopharynx et dans l'intestin, c'est-à-dire dans l'appareil digestif ? La diarrhée ne pourrait-elle se concevoir comme un symptôme de souffrance de l'intestin, ou bien comme une réaction de défense contre l'arrivée du virus rhumatismal ?

## 2. — La constipation de la période d'état

Quelques mots suffiront à ce sujet : la constipation en période d'état est universellement signalée. C'est sans doute ce qui a fait passer inaperçue la diarrhée du début.

L'anorexie plus ou moins accusée, l'état saburral peuvent être un peu plus accusés, et il s'agit alors d'un embarras gastrique réel. Homolle signale le fait, en parlant de « rhumatismes qui, sous l'influence de la

constitution saisonnière, s'accompagnent d'embarras gastrique » il faut bien dire que ces troubles restent en général peu marqués. La période d'état du rhumatisme articulaire aigu n'est pas fertile en incidents digestifs. Lorsqu'ils surviennent, nous verrons qu'ils peuvent être assez marqués.

### 3. — Les Vomissements

Les vomissements se voient parfois dans le rhumatisme. Ils ne sont pas fréquents. Ils se présentent de 2 façons :

— tantôt isolés, ils paraissent appartenir à la seule symptomatologie gastrique ;

— tantôt associés à d'autres signes, ils semblent l'expression d'une réaction péritonéale. Nous y reviendrons plus loin.

Huxham, chez des malades observés en 1730, notait assez souvent au début du rhumatisme des « douleurs d'estomac avec vomissements ».

Lambin dit que ces vomissements sont précédés d'une douleur gastrique sourde, devenant intense en quelques heures. Puis apparaissent les vomissements alimentaires, ensuite bilieux et muqueux. Ils auraient un arrière-goût amer très désagréable.

### OBSERVATIONS

#### I. — Obs. DE LAMBIN. (*Thèse Paris 1880*).

Le malade observé par Lambin dans le service de Raynaud à l'hôpital de la Charité a présenté de tels vomissements

lors d'une 1<sup>re</sup> crise ; il avait eu une diarrhée typique, pré-arthropathique. En cours d'une crise rhumatismale ultérieure, il eut des douleurs épigastriques violentes, puis des vomissements alimentaires, glaireux, muqueux, avec amertume très prononcée.

II. — Obs. (*personnelle*). Mme D., 71 ans. Salle E. Dupré n° 10. Hôpital Laënnec.

Cette malade a eu des crises de rhumatisme articulaire aigu depuis l'âge de 23 ans. Elle a fait de nombreuses crises récidivantes, dont il existe des séquelles cardiaques, sous forme d'une insuffisance mitrale bien compensée. Or cette femme d'elle-même attire l'attention sur ce que chaque crise rhumatismale était marquée par des vomissements, assez abondants, quelquefois alimentaires quelquefois bilieux et amers. Elle ne se souvient pas d'avoir eu d'angine ni de diarrhée pré-arthropathiques.

III. — Obs. (*personnelle*). M. R., 16 ans. Salle La Rochefoucault n° 5. Hôpital Laënnec.

Il s'agit d'un rhumatisme cardiaque évolutif grave, avec maladie mitrale et double lésion aortique. Il présenta des vomissements avant son entrée à l'hôpital en octobre 1924, où s'aggravèrent encore les lésions cardiaques

*Moment et valeur des vomissements.* — Nous n'accorderons créance aux vomissements qu'à la condition de les noter avant l'emploi du salicylate de soude. Ils sont donc contemporains du *début* du rhumatisme, mais ils ne paraissent pas réglés dans leur apparition comme la diarrhée. Aussi bien pré-arthropathiques que para-arthropathiques, ils sont en rapport avec l'invasion rhumatismale.

Traduisent-ils une atteinte gastrique ? une réaction

de défense de la muqueuse de l'estomac ? ils n'ont pas, en tous cas, l'abondance de la diarrhée, ni la brusquerie d'apparition et de disparition, véritable signature de la nature rhumatismale, en ce que le rhumatisme a de capricieux et de subit dans ses manifestations. Ces vomissements sont à la fois plus rares et de moindre importance que la diarrhée.

#### 4. — Les douleurs œsophagiennes

Il n'est pas jusqu'à des douleurs œsophagiennes qui n'aient été signalées.

Rappelons qu'on connaît une forme dysphagique de la péricardite rhumatismale, et que la dysphagie au cours du rhumatisme doit conduire à rechercher un épanchement péricardique postérieur, cloisonné, visible en position oblique à la radioscopie. Mais en dehors de toute lésion péricardique, la dysphagie a été notée.

I — Obs. DE HOMOLLE. *Nouveau dictionnaire de médecine et chirurgie pratique*, 1882).

Un malade de Homolle qui n'avait pas de péricardite souffrit de douleurs par crises, constituant un « œsophagisme » particulièrement douloureux.

II. — Obs. DE DESNOS (*Bull. soc. méd. hôpit.*, 1868).

Il s'agit d'un malade qui, presque guéri d'une poussée rhumatismale aiguë, se plaignit de dysphagie très pénible, empêchant l'alimentation. Il n'avait pas de péricardite. Rien d'anormal ne fut d'autre part constaté à l'isthme du gosier.

III. — Obs. DE LAMBIN. (*Thèse de Paris*, 1880).

Chez le malade déjà cité des douleurs suivirent le trajet œsophagien et occasionnèrent une dysphagie fort pénible. Là encore il n'était pas question de péricardite

Nous n'avons pas observé de faits semblables. Ils res-  
tent d'une grande rareté. Quelle explication leur donner ?  
Desnos fait remarquer qu'on pourrait les attribuer à une  
angine violente : l'œsophage participerait alors à l'inflam-  
mation pharyngée. Mais chez son malade, l'isthme du  
gosier était normal. L'œsophage était intéressé isolé-  
ment. Ceci revient à dire que tous les segments du tube  
digestif peuvent être intéressés dans le rhumatisme ar-  
ticulaire aigu.

---

## CHAPITRE II

---

### TROUBLES DIGESTIFS RÉALISANT DE VÉRITABLES COMPLICATIONS

---

Des troubles digestifs plus accusés que les précédents peuvent encore se voir : ce sont alors des complications digestives du rhumatisme. Ici, nous admettrons volontiers avec les classiques la rareté de ces faits, mais nous insisterons sur leur connaissance, qui pourra éviter des erreurs de diagnostic.

#### 1. — Les réactions péritonéales

Les réactions péritonéales sont les plus habituellement en cause parmi ces complications. On enseigne que le rhumatisme a une prédilection spéciale pour les séreuses. Le péritoine seul paraît faire exception. Lasèque signalait cette exception de la séreuse péritonéale quand il disait plaisamment : *Le péritoine, ce gros insouciant à l'égard du rhumatisme...*

Une fois de plus, nous rappelons que nous écartons

tout ce que, dans les anciens, on décrit sous le nom de péritonite rhumatismale, et qui englobe les péritonites les plus diverses : était alors rhumatismal tout ce qu'on ne pouvait expliquer. Nous ne nous occuperons que de réactions péritonéales avérées au cours de rhumatismes articulaires aigus dûment établis.

I. — Obs. DE M. GRENET (Recherches sur l'étiologie du rhum. artic. aigu (*Réunion médic. de la VI<sup>e</sup> armée*. Presse médicale 28 octobre 1915).

Un malade fit des accidents péritonéaux alors que la crise aiguë se terminait, et à l'occasion d'une rechute légère. Il se plaignit d'une douleur assez vive dans la fosse iliaque droite sans avoir de vomissements. Il y avait contracture musculaire de la fosse iliaque droite, douleur plus marquée à la pression de la région du point de Mac Burney. La fièvre était remontée avec l'apparition de ces signes simulant une appendicite.

II. — Obs. DE M. GRENET (*Ibid.*).

Ce 2<sup>e</sup> malade présenta des symptômes semblables exactement au début de la crise arthralgique : mêmes douleurs, même contracture à droite. La pression réveillait une douleur plus vive dans les parages du point de Mac Burney. Il est à remarquer que la localisation au point de Mac Burney est beaucoup moins nette que dans l'appendicite. La douleur est à la fois moins vive et plus diffuse.

Ces 2 malades ne furent pas mis à la diète, et ils guérirent néanmoins fort bien : le salicylate fit disparaître en même temps les artropathies et la réaction péritonéale.

IV. — Obs. (*personnelle*). Mlle Ev., 49 ans. Salle E. Dupré, n° 6, Hôp. Laënnec.

C'est une rhumatismante ancienne, qui entre à l'hôpital à l'occasion d'une nouvelle crise. Le 1<sup>er</sup> accès survint à l'âge de

15 ans : il fut poly-articulaire et très fébrile. Traitée par le salicylate de soude, elle se remit, mais on lui a dit qu'elle « conservait une lésion au cœur » En effet, elle s'essouffle au moindre effort. La crise actuelle, a commencé le 26 ou le 27 novembre 1924 par de légères douleurs dans le pied gauche.

En même temps, elle souffrait de la gorge, avec sensation de sécheresse passagère.

Deux ou trois jours plus tard, surviennent des *vomissements verdâtres et abondants*, alors que la jeune malade est à la diète. Des douleurs abdominales légères avaient accompagné ces vomissements.

Des douleurs articulaires enfin arrivent avec toute leur violence, prenant la tibio-tarsienne gauche, puis la hanche et le genou droit.

Le jour de son arrivée à l'hôpital, on peut constater que l'abdomen est douloureux à la pression profonde, et se défend lors du palper. Il n'y avait eu ni diarrhée, ni sueurs. Un vomissement verdâtre se produisit encore le jour où cette jeune fille fut hospitalisée. Dès le lendemain, on pouvait constater : une angine diffuse rouge foncé, une langue blanchâtre. Le ventre était redevenu souple et non douloureux. Les vomissements ne se reproduisaient plus.

Le reste de l'histoire sera repris plus loin, car ce fut une forme spéciale, avec rhumatisme spinal et réaction méningée. Le traitement salicylé amena la sédation de tous ces signes. Seul, l'endocarde avait souffert. A l'entrée, il n'y avait qu'un souffle systolique mitral. On entendit ensuite un double souffle mitral, puis un souffle diastolique aortique. Le souffle systolique mitral piaulant, la persistance de la fièvre sous forme de petits crochets à intervalles irréguliers faisaient craindre une évolution subaiguë du côté de l'endocarde.

Cette observation a donc montré une réaction péritonéale fort nette. Lambin décrit des troubles voisins : ce

sont des coliques très violentes, à point de départ péri-ombilical, survenant par accès courts. Ces phénomènes alterneraient avec les douleurs articulaires, et s'accompagneraient de rétraction des muscles de l'abdomen.

L'atteinte de la séreuse péritonéale peut donc occasionner des syndromes voisins de l'appendicite ou simuler une atteinte diffuse du péritoine. Si les arthrites ne sont pas là pour orienter le diagnostic, on risque de commettre des erreurs. Les malades sont toujours très frappés par leurs symptômes digestifs, et ils attirent l'attention de ce côté. Notre petite malade se plaignait surtout de ses vomissements, et les douleurs articulaires, malgré leur intensité et leur multiplicité, n'étaient pour elle qu'au second plan. Aussi ces réactions péritonéales, bien que rares, nous ont paru mériter d'être signalées, car elles peuvent égarer le diagnostic. Nous revenons sur leur bénignité : il ne faut pas de la présence de ces accidents conclure à la gravité de la crise rhumatismale, puisque les réactions péritonéales disparaissent en 24-48 heures sous l'effet du salicylate.

On peut du reste retrouver des faits de même ordre dans des observations anciennes :

I. — Obs. de M. CHAUFFARD (*Archives générales de médecine*, juin 1863).

Chez un malade de 17 ans, une crise commença par des douleurs abdominales violentes, avec facies altéré et pouls à 120. Ce n'est que le lendemain que les arthrites firent leur apparition.

II. — Obs. de DANTAL (*Service Bucquoy, hôpital Cochin*, 1880).

Il s'agit d'une malade de 53 ans, qui fit à 30 ans sa première crise rhumatismale, à la suite de laquelle elle conserva une endocardite. Depuis lors, elle a eu 5 accès nouveaux. L'un d'eux, en 1879, débuta par des douleurs abdominales violentes, des nausées, de la rétraction de l'abdomen.

## (2) Les complications hépatiques

« Le foie n'est presque jamais atteint. Parfois on note un subictère précoce, accompagnant un léger embarras gastrique » dit Hornolle. Nous pensons également que les complications hépatiques sont extrêmement rares. Elles existent cependant. Une fois de plus se vérifiera la multiplicité de lésions du rhumatisme articulaire aigu, donnant la justification de sa nature infectieuse, mais aussi la preuve qu'aucune partie du tube digestif ou de ses annexes n'en est à l'abri.

Nous avons vu déjà en 1730, Huxham signaler la jaunisse alternant avec des crises rhumatismales.

Dans plusieurs observations anciennes, déjà citées, on relève des altérations du foie.

I. — Obs. de M. CHAUFFARD (*loco citato*).

Le jeune malade de 17 ans, déjà cité, avait un foie douloureux et gros, débordant de 2 travers de doigt le rebord des fausses-côtes.

II. — Obs. de MAC SWINEY (*Dublin Journal of medical Sc.*), 16 octobre 1873).

Chez une femme de 30 ans, dont il a publié l'observation sous le titre : « Rhumatisme articulaire aigu avec gastro duodénite », il a trouvé un gros foie douloureux.

M. Grenet a rapporté 3 cas d'ictère (1).

*Observation n° I.* — Le premier cas fut léger, accompagnant le début d'une crise rhumatismale : il disparut très rapidement.

*Observation n° II.* — Celui-ci fut un ictère foncé qui appa-

---

(1) Recherches sur l'étiologie du rhum. artic. aigu. Réunion médic. de la VI<sup>e</sup> armée. *Presse Médicale*, 28 octobre 1913.

rut au 3<sup>e</sup> jour d'un rhumatisme grave et persista assez longtemps.

Dans ces 2 cas, il s'agissait d'ictère vrai, avec pigments biliaires dans les urines, et décoloration des matières.

*Observation n° III.* — Un 3<sup>e</sup> cas a trait à un simple subictère passager accompagné d'urobilinurie.

Un ictère intense a été observé et fort bien étudié dans un cas de rhumatisme articulaire aigu par Crouzon et Le Play.

Observation de CROUZON et LE PLAY (*Soc. médic. Hôpitaux*, 27 décembre 1907).

Il s'agit d'un malade, âgé de 35 ans, qui en était à sa 13<sup>e</sup> crise de rhumatisme articulaire aigu. La poussée actuelle avait été marquée par une angine et des arthropathies multiples. Trois jours après son entrée à l'hôpital, ce malade présente un ictère, qui va s'accroissant.

Pendant 2 ou 3 jours, les matières fécales furent décolorées, et l'on constata dans les urines du pigment rouge brun, sans urobiline. Le foie était légèrement hypertrophié, débordant de 1 à 2 travers de doigt le rebord costal inférieur, et douloureux à la pression. La rate elle-même paraissait légèrement augmentée de volume. Ce sont ces complications hépatiques qui prolongèrent singulièrement l'évolution de cette poussée rhumatismale. L'ictère dura 20 jours, après quoi, il prit fin par une crise polyurique. Un mois après le début des accidents, la température était retombée de façon définitive à la normale, et l'ictère avait disparu pour faire place à une anémie assez marquée.

Crouzon et Le Play font intervenir dans la genèse de cette complication hépatique, un terrain préparé : leur malade était un éthylique avéré. Il est bien évident que dans le rhumatisme articulaire aigu, comme

dans toute infection, le terrain joue un rôle important. Il est de notion classique que la pneumonie chez l'alcoolique donne souvent des complications hépatiques ; de même l'érysipèle. Pourquoi n'en serait-il pas ainsi dans le rhumatisme articulaire aigu ?

---

## CHAPITRE III

---

### FORMES ANORMALES DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU

---

Nous en venons enfin à des faits encore plus rares, mais non moins intéressants. Ce sont les cas où des signes digestifs joints à des signes généraux intenses imposent au rhumatisme une allure toute autre que celle normalement observée. Ces formes anormales déroutent par leur symptomatologie inaccoutumée, et le diagnostic en peut être très malaisé.

#### 1. — **Forme digestive**

Une forme digestive peut être réalisée lorsqu'il y a association de plusieurs des accidents ci-dessus décrits.

Un exemple démonstratif de cette forme n'est autre que le malade observé par Lambin, et qui fait l'objet même de sa thèse.

Observation de LAMBIN (*in thèse, Paris*), 1880).

C'est un homme de 36 ans, qui depuis 1862, avait eu plusieurs crises rhumatismales aiguës. La première avait été

marquée par des accidents digestifs intenses. Ils furent les premiers signes notés : diarrhée séreuse, abondante et même légèrement sanguinolente, sans que la fièvre soit très élevée, et durant une dizaine de jours.

Puis cette diarrhée pré-arthropathique prenant fin, apparurent brusquement les arthrites. Cette première crise guérie, d'autres suivirent, à intervalles plus ou moins éloignés, prenant de nombreuses articulations, sans être accompagnées toutefois de troubles digestifs.

Enfin l'accès, le dernier en date, a commencé encore par des troubles digestifs ; cette fois, ce sont des douleurs épigastriques violentes, en vrille. Elles s'accompagnent de douleurs le long de l'œsophage, provoquant une dysphagie très pénible. Ces douleurs sont suivies de vomissements, alimentaires puis bilieux, et laissant une grande amertume dans la bouche.

Pendant 4 jours, ces vomissements se répètent, et les troubles digestifs ne trouvent guère de rémission que le matin. Au bout de 4 jours, les douleurs font place à des coliques, suivies d'une diarrhée abondante, très liquide, qui persistera 48 heures.

Les 4 jours suivants, accalmie. Enfin, une nouvelle phase s'ouvre, par des sueurs profuses, des frissons répétés et des phénomènes articulaires. Le traitement salicylé est appliqué dès ce moment. Il amènera bientôt la sédation de tous ces symptômes digestifs et articulaires.

Ainsi, des troubles digestifs ont occupé véritablement le premier plan tout au long de cette crise rhumatismale. Diarrhée, douleurs gastriques, vomissements, coliques, se sont mêlés. Le syndrome digestif était au moins aussi important que le syndrome arthralgique, et l'on peut vraiment parler de *forme digestive*.

## 2. — **Forme typhoïde**

Une forme typhoïde est quelquefois constituée, lorsqu'aux signes digestifs s'ajoutent des symptômes d'infection générale grave.

Observation (*personnelle*). L..., 18 ans, salle La Rochefoucauld, n° 17, hôpital Laënnec.

Ce jeune homme entre à l'hôpital pour des épistaxis répétées depuis quelques jours, une asthénie profonde, quelques douleurs articulaires aux 2 genoux et au cou de pied, de la fièvre.

Dès l'abord, le facies, la prostration, font penser à une forme typhoïde.

On apprend que 3 ou 4 jours auparavant, vers le 30 décembre 1922, le malade a eu quelques douleurs articulaires vagues, et de la diarrhée.

A l'examen : ventre indolore, pas de gargouillement dans la fosse iliaque droite. La rate est un peu augmentée de volume. Le pouls bat à 100, et semble légèrement dicrote. T° à 40° avec rémission matinale de 4/10 de degré.

Il n'y a pas de taches rosées, il n'y a plus de diarrhée.

Rien de pulmonaire, rien de cardiaque.

Le 4 janvier 1923 : le même état de prostration persiste, la température reste en plateau. Les articulations du cou de pied, le genou droit sont un peu douloureux à la pression.

Le 7 janvier les douleurs articulaires ont disparu. Il y a ébauche de réaction méningée.

Le 8 janvier : l'hémoculture pratiquée reste négative.

Dès le 10 janvier : la chute de la température se fait en lysis, rappelant tout à fait la courbe évolutive d'une infection typhique.

Le 12 : le séro-diagnostic se montre négatif, et le 18 janvier également, et chaque fois pratiqué dans 2 laboratoires différents.

Le 26 le malade, qui s'apprêtait à quitter l'hôpital, fait une crise articulaire assez violente. Dès le lendemain, il y a assourdissement des bruits du cœur à la pointe. Le 29 janvier, il y a un souffle systolique mitral.

Le 2 février on note : un souffle systolique, un roulement diastolique, un frémissement cataire. Le malade quittera l'hôpital porteur de cette maladie mitrale.

On voit donc que ce jeune malade avait présenté un syndrome typhoïde aussi accusé que possible. On ne pouvait guère penser qu'à une infection éberthienne.

De vagues arthropathies étaient loin d'attirer l'attention spécialement sur les articulations. Il nous paraît donc qu'on est en droit d'appeler cette forme la *forme typhoïde du rhumatisme articulaire aigu*.

Cette forme typhoïde, on le voit d'après notre observation, est fort difficile à différencier d'une fièvre typhoïde authentique. La négativité de l'hémoculture même peut n'être pas un argument décisif : on sait bien qu'il y a des fièvres typhoïdes à hémocultures négatives, et Hauduroy vient d'insister sur ce point, en montrant les rapports qui lient la présence du bactériophage dans les selles et le sang de ces malades à la négativité de culture de leur sang. Le problème clinique reste donc très ardu.

Ce qui peut encore le compliquer, c'est qu'il existe des *fièvres typhoïdes avec arthropathies*. Ce sont là faits de notion assez récente : Keen les signala le 1<sup>er</sup> en 1877. Puis vinrent les études de Volkmann. Lannelongue, la thèse de Degez (1900).

Il s'agit d'un rhumatisme infectieux, comme ceux

qu'on peut voir dans toutes les maladies infectieuses.

*Tantôt* ce sont des arthralgies poly-articulaires, frappant de préférence genoux et coudes. Elles peuvent être fugitives : c'est la simple forme arthralgique de Potain. *Dans d'autres cas*, plus marquées, elles simulent tout à fait la poly-arthrite aiguë rhumatismale.

Ces arthropathies se voient en pleine période d'état. Mais elles peuvent survenir tout au début : c'est alors l'*arthro-typhus*. De toute manière, le tableau est tout à fait celui présenté par notre jeune malade : un état typhoïde, avec des arthropathies.

Robin et Leredde, Barjon et Lesieur, plus récemment Guillain et Laroche, Thiroloix, qui ont publié des cas analogues, ont noté cette difficulté de diagnostic.

Grenet et Fortineau ont publié des observations de paratyphoïdes A et B avec manifestations arthropathiques : la confusion est si facile avec le rhumatisme articulaire aigu que plusieurs des malades observés leur arrivèrent avec le diagnostic de rhumatisme franc.

Sans doute, ne faut-il voir là que des cas d'exception. Il n'en reste pas moins que c'est dans des cas semblables que l'erreur ou l'hésitation serait préjudiciable au malade.

Il y avait donc intérêt, nous a-t-il semblé, à décrire cette forme typhoïde, à marquer ses traits essentiels comme la difficulté de son diagnostic. Cette forme typhoïde est du reste une forme sérieuse, grave même. Elle semble traduire une atteinte majeure par le virus

rhumatismal. La complication sur l'endocarde observée chez notre malade a démontré la virulence de cette forme typhoïde.

### 3. — **Forme méningée**

Une forme méningée peut encore nous intéresser, parce qu'elle comporte des troubles digestifs souvent importants. Cependant ceux-ci ne sont là qu'à titre d'épiphénomènes, et l'irritation méningée domine, en rapport avec un rhumatisme vertébral, d'où : céphalée, raideur de la nuque, signe de Kernig, vomissements, anorexie, constipation opiniâtre, qui semblent constituer un syndrome méningé, et c'en est assez parfois pour égarer le diagnostic.

Ces signes digestifs peuvent tenir effectivement à une réaction méningée, provoquée par le rhumatisme vertébral ou spinal. Mais ils peuvent aussi témoigner tout simplement d'une multiplicité d'atteinte des séreuses, et être en rapport avec un syndrome gastro-intestinal ou péritonéal. C'est le cas pour le jeune malade dont nous rapportons l'observation.

Obs. (*personnelle*). — Mlle E... Salle E. Dupré, n° 6.

Cette jeune fille a déjà été citée, puisqu'elle présente un syndrome péritonéal à l'occasion d'une rechute rhumatismale. Ces troubles digestifs peuvent être accompagnés par des signes de réaction méningée : céphalée, raideur de la nuque, signe de Kernig, douleur à type sciatique dans le membre inférieur droit, raideur vertébrale due à une arthrite vertébrale intense. Les troubles digestifs pouvaient complé-

ter la ressemblance avec un syndrome méningé vrai. Tous ces signes disparurent sous l'effet du traitement salicylé.

Nous n'avons rapporté ce cas que pour montrer que les troubles digestifs, en s'associant à d'autres signes peu communs, peuvent aider à constituer des tableaux cliniques complexes, bien différents de celui du rhumatisme banal, et d'un diagnostic parfois délicat.

---

## CHAPITRE IV

---

### SALICYLATE DE SOUDE ET TROUBLES DIGESTIFS

---

Il est avéré que le traitement salicylé est responsable de nombreux accidents digestifs. Ils ne doivent pas être pris pour des symptômes du rhumatisme articulaire aigu. Nous avons assez insisté, chemin faisant, sur ce que tous les symptômes digestifs décrits survenaient en dehors de la médication salicylée : la diarrhée pré-arthropathique en est le meilleur exemple.

*Le salicylate de soude per os* donne des nausées, des vomissements, des douleurs gastriques fort vives, sous forme de brûlures, de crampes. Il peut même amener une diarrhée assez importante. On sait que ce sont les solutions concentrées qui sont les plus nocives pour le tube digestif. Aussi doit-on le prescrire en solution très étendue.

*Le salicylate par voie rectale* est mieux toléré. Cependant quelquefois il s'ensuit de la diarrhée avec sensation de brûlure anale.

*La voie intraveineuse*, utilisée par Mendel dès 1904,

paraît ne pas léser le tube digestif. On pourra trouver avantage à l'employer dans le rhumatisme où les signes digestifs sont importants : le salicylate par la bouche aurait beau jeu, en pareil cas, pour accentuer les désordres digestifs. Ch. Fiessinger s'est élevé contre ces injections intraveineuses. Outre qu'elles sclérosent très rapidement les veines, elles ne mettraient pas à l'abri des incidents gastro-intestinaux. Dans les cas où nous les avons employées, nous n'avons cependant pas noté de troubles digestifs.

Une jeune anglaise de 22 ans, hospitalisée salle E. Dupre, n° 20, pour endocardite maligne, présenta après 2, 3 jours de traitement salicylé per os une intolérance complète, vomissements verdâtres, amers, brûlures gastriques, ballonnement du ventre, coliques. On employa la voie rectale : ces troubles ne cessèrent pas. Dès qu'on utilisa la voie veineuse : ils disparurent.

C'est pour éviter les troubles digestifs qu'on associe le bicarbonate au salicylate de soude.

Classiquement : on donnait une dose moitié moindre de bicarbonate que de salicylate.

Actuellement : On donne bicarbonate et salicylate à quantités égales.

Danielopolu a indiqué récemment qu'en prescrivant 2 fois plus de bicarbonate que de salicylate, il n'avait plus de troubles digestifs.

Il nous a paru nécessaire de rappeler ces troubles digestifs dus au salicylate pour être complet et pour mettre en garde contre l'attribution au rhumatisme

articulaire aigu de ce qui est dû à sa thérapeutique. Au point de vue pratique enfin, un malade qui, d'emblée, présentera des signes digestifs risquera fort d'être très rapidement intolérant au salicylate de soude. Le constat des troubles digestifs commande donc de ménager le tube digestif lorsqu'est entrepris le traitement salicylé.

---

## CHAPITRE V

---

### IMPORTANCE PATHOGÉNIQUE DES TROUBLES DIGESTIFS DU RHUMATISME

---

Nous avons ainsi établi que les troubles digestifs ne sont pas l'exception dans le rhumatisme articulaire aigu franc.

Les uns sont très fréquents : la diarrhée pré-arthropathique est un des plus connus.

Les autres sont beaucoup plus rares, mais peuvent être délicats dans leur interprétation.

Après ces constatations cliniques, nous ne ferons que poser le problème de leur importance pathogénique. C'est là une tout autre question. Ce que nous désirons, c'est attirer l'attention sur le rôle possible du tube digestif dans l'étiologie du rhumatisme articulaire aigu.

L'idée en est d'ailleurs ancienne :

*1<sup>o</sup> Elle fut émise par ceux qui ne voulaient pas admettre la nature infectieuse spécifique du rhumatisme.*

J. Franck, Chomel, Triboulet père faisaient interve-

nir le tractus digestif dans l'étiologie du rhumatisme.

J. Franck disait... « Si la fièvre ne tombe pas, cet accident reconnaît plusieurs causes, le plus souvent quelque chose de gastrique qu'il aurait fallu détruire depuis longtemps ».

Triboulet père qui notait, comme nous l'avons vu, la fréquence des troubles gastro-intestinaux, admettait leur rôle dans la genèse du rhumatisme ; dans le langage du temps il disait : « Il y a infection du sang par la saburrale bilieuse ».

Huchard de même, et ensuite Gilbert et Lereboullet faisaient du rhumatisme un syndrome dû à une diathèse d'auto-infection intestinale (1). La même opinion se trouve développée dans le *Traité de l'arthritisme* de Guyot (2<sup>e</sup> édition, Paris, 1905).

Enfin, Triboulet fils résumait ces interprétations dans un mémoire à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris (19 juillet 1907) que nous avons déjà cité. Il concluait que le rhumatisme n'a pas de spécificité. C'est une auto-intoxication par troubles gastro-intestinaux.

Aussi les germes responsables sont-ils saprophytes et d'espèces très variables.

Mais au lieu de chercher la cause du rhumatisme dans le tube digestif, on peut n'y chercher qu'une voie d'entrée.

2<sup>e</sup> *Le tube digestif ne serait-il pas la porte d'entrée du virus rhumatismal ?* Aujourd'hui la spécificité est admise. Nous ne discuterons pas ce point qui n'appartient pas

---

(1) GILBERT et LEREBoullet. — *Presse Médicale*, 16 janvier 1904.

à notre sujet. Cependant, nous avons déjà fait remarquer qu'on a cherché l'introduction du germe rhumatismal dans les dents (Lawrence, Sénator, Nathan), dans les amygdales (Triboulet fils, Lawrence et les auteurs américains, Menzer).

La diarrhée pré-arthropatique ne doit-elle pas, de son côté, faire penser que l'intestin a quelque chose à voir avec l'introduction et l'arrivée du germe rhumatismal ? Diarrhée et angine pré-arthropathiques semblent attirer l'attention vers le tube digestif.

Ce sont là sans doute pures hypothèses. Il faudra les vérifier. Mais nous avons tenu à les formuler. A quoi servirait de constater des signes et de les décrire, si l'on ne tentait d'en dégager une leçon, d'en déduire une loi ou une explication ?

Ce travail a eu pour but d'établir la réalité clinique de troubles digestifs dans le rhumatisme articulaire aigu. Il ne fait que signaler la possibilité d'en tirer des renseignements pathogéniques de grand intérêt.

---

## CONCLUSIONS

---

1° Les troubles digestifs, au cours du rhumatisme articulaire aigu, ne sont pas aussi exceptionnels que le veut la notion courante. Mais il en est de légers : ceux-là sont fréquents ; il en est de plus sérieux, ils restent exceptionnels.

2° Parmi les troubles digestifs légers, la *diarrhée pré-arthropatique* est le plus souvent rencontrée. C'est un signe de début aussi fréquent que l'angine : 1/3 des cas. Cette diarrhée est séreuse, liquide, précède en général les arthropathies de quelques jours, et s'efface brusquement quand éclatent les arthralgies.

*La constipation* en période d'état est constante

*Les vomissements* sont plus rares, les *douleurs œsophagiennes* exceptionnelles.

3° Des accidents plus graves réalisent les *complications digestives* du rhumatisme articulaire aigu :

*Réactions péritonéales*, simulant l'appendicite ou une atteinte diffuse du péritoine ;

*Complications hépatiques* : avec ictère total,

Ce sont là faits d'exception,

4° L'association des troubles digestifs à des symptômes généraux intenses peut réaliser des *formes anormales* du rhumatisme articulaire aigu.

a) *La forme digestive* associe plusieurs de ces troubles gastro-intestinaux ;

b) *La forme typhoïde* simule parfois entièrement une infection éberthienne. Son diagnostic est des plus délicats, particulièrement avec les fièvres typhoïdes et paratyphoïdes avec manifestations articulaires ;

c) *La forme méningée* peut, par l'adjonction des troubles digestifs aux signes de réaction des méninges, simuler une méningite authentique.

Si ces faits sont tous exceptionnels, leur intérêt vient des problèmes de diagnostic qu'ils peuvent poser.

5° Le traitement salicylé lui-même est responsable de nombreux troubles digestifs. Les malades atteints déjà de manifestations digestives du rhumatisme supporteront mal le salicylate par la bouche.

6° Enfin, le constat des troubles digestifs du rhumatisme articulaire aigu incite à rechercher au niveau du tube digestif la porte d'entrée du virus rhumatismal : à l'intérêt clinique s'ajoute l'intérêt pathogénique de l'atteinte digestive dans le rhumatisme articulaire aigu.

---

*Vu, le Doyen,*  
H. ROGER.

*Vu, le Président,*  
Ch. ACHARD.

Vu et permis d'imprimer :  
*Le Recteur de l'Académie de Paris*  
APPELL.

## BIBLIOGRAPHIE

---

I. — Nous avons dépouillé une abondante littérature médicale pour chercher les traces de l'atteinte digestive. Il serait superflu de citer ici la liste des ouvrages, où l'on ne trouve aucune trace des troubles digestifs.

II. — L'atteinte digestive au cours du rhumatisme articulaire aigu ne comporte qu'un petit nombre de références bibliographiques.

BAILLOU. — Œuvres posthumes (*Opera Medic. Omnia*, Paris 1635).

BOERHAAVE. — Aphorismi de cognonendis et curandis morbis (*Usum doctrinæ medicæ*, 1709, t. V).

CHAUFFARD. — *Archives générales de médecine*, juin 1863, p. 660.

CHOMEL. — Essai sur le rhumatisme (*Thèse Paris*, 1813).

— *Leçons de clinique médicale* (Requin, édit., t. II, 1837).

CROUZON et LE PLAY. — Complication hépatique dans un cas de rhumatisme articulaire aigu (*Soc. Médic. Hôp.*, 27 décembre 1907).

H. GRENET — Recherche sur l'étiologie du rhumatisme articulaire aigu (*Réunion médicale de la VI<sup>e</sup> armée. Presse médicale*, 28 octobre 1915).

H. GRENET. — Etude sur le rhumatisme articulaire aigu (*Journal des Praticiens*, 7 août 1915).

H. GRENET. — Article « Rhumatisme infectieux » *Traité Sergent Ribadeau-Babonneix*, t. XVI, p. 233).

H. GRENET. — Leçon à l'amphithéâtre de l'hôpital Laënnec le 20 décembre 1924.

GRIFOULHIÈRE. — *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, août 1841.

HOMOLLE — *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, 1882 (article : Rhumatisme).

HUXHAM. — *De ære et morbis epidemicis*, 1730, t. II.

LAMBIN. — Le rhumatisme aigu des voies digestives *Thèse Paris*, 1880).

MAC SWINEY — Rhumatisme articulaire aigu avec gastro-duodénite *The Dublin Journal of medic. Sciences*, 16 octobre 1875.

PETER. — *Leçons de clinique médicale*, t. II (Paris 1873).

STOLL. — *Ratis medendi : Médecine Pratique*, traduction de Mahon (Paris, 1809).

TRIBOULET et GILBERT. — A propos du rhumatisme articulaire aigu (*Soc. Médic. hôpitaux*, 19 juillet 1907).

TROUSSEAU. — *Cliniques*, 4<sup>e</sup> édit., t. III, 1873.

---

---

SAINT-AMAND (CHER). — IMP. A. CLERC.

---





